

新光人壽團體保險要保書

107年09月修訂版

93.10.11保局二字第09302523590號函核准

107.09.14依107.06.07金管保壽字第10704158370號函修正

保單號碼：3000596512

保險期間：自民國 112 年 08 月 01 日零時起一年。



1.要保人：

(1) 單位中文名稱：中華醫事科技大學

統一編號：73502022

(2) 地址：臺南市仁德區文華一街 89 號

郵遞區號：71703 電話號碼：06-267-1214

傳真號碼：06-3369552

(3) 職災編號：50 (4) 營業性質：學校

(5) 負責人姓名：孫逸民 (6) 承辦人姓名：王淑芬 承辦人電話或分機：06-2671214 # 331

54.4.11

承辦人 E-mail：internshipwa@gmail.com

2.投保人員：

員工（成員）

配偶

子女

父母

3.繳費方法： 月繳 季繳 半年繳 年繳

4.要保人與被保險人聲明事項：

- (1) 本人（被保險人）同意新光人壽保險公司得蒐集、處理及利用本人相關之健康檢查、醫療及病歷個人資料。
- (2) 本人（被保險人、要保人）同意新光人壽保險公司將本要保書上所載本人資料轉送產、壽險公會建立電腦系統連線，並同意產、壽險公會之會員公司查詢本人在該系統之資料以作為核保及理賠之參考，但各該公司仍應依其本身之核保或理賠標準決定是否承保或理賠，不得僅以前開資料作為承保或理賠之依據。
- (3) 本人（被保險人、要保人）同意新光人壽保險公司就本人之個人資料，於「個人資料保護法」所規定之範圍內，有為蒐集、處理及利用之權利。

5.要保人之告知事項：

依保險法第 64 條之規定；訂立契約時，要保人對於保險人之書面詢問，應據實說明。

要保人有為隱匿或遺漏不為說明，或為不實之說明，足以變更或減少保險人對於危險之估計者，保險人得解除契約；其危險發生後亦同。但要保人證明危險之發生未基於其說明或未說明之事實時，不在此限。

前項解除契約權，自保險人知有解除之原因後，經過一個月不行使而消滅；或契約訂立後經過二年，即有可以解除之原因，亦不得解除契約。

6.要保人約定事項：

- (1) 若要保單位被保險人數少於 5 人，或少於有參加保險資格人數的百分之七十五時，本公司得終止本契約，並按日數比例返還未滿期之保險費。
- (2) 被保險員工（成員）名冊及其他投保所需一切之資料已交付新光人壽保險公司，要保單位與新光人壽保險公司雙方已同意保險契約之內容。

- (3) 保險費的交付無論被保險人分擔與否，要保單位同意彙集交付新光人壽保險公司。
- (4) 若要保單位續繳次年度第一次保費而保險人無反對之意思表示，本保險契約推定續保一年。
- (5) 若個別被保險人基於核保上之需要，請另行填寫新光人壽投保申請表暨健康聲明書（團體險專用）。
- (6) 要保人填寫本要保書前，對新光人壽保險公司之保險契約條款，上述之約定事項及有關保險之資料，已獲充份瞭解，並同意遵守。
- (7) 身故保險金受益人如係身分別之指定及如有要保人不同意填寫受益人之聯絡地址及電話之情形，則以要保人最後所留之聯絡方式，作為日後身故保險金受益人之通知依據。
- (8) 要保人指定本保險金受益人如下：

① 身故保險金：

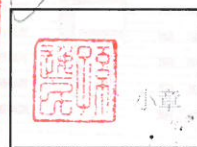
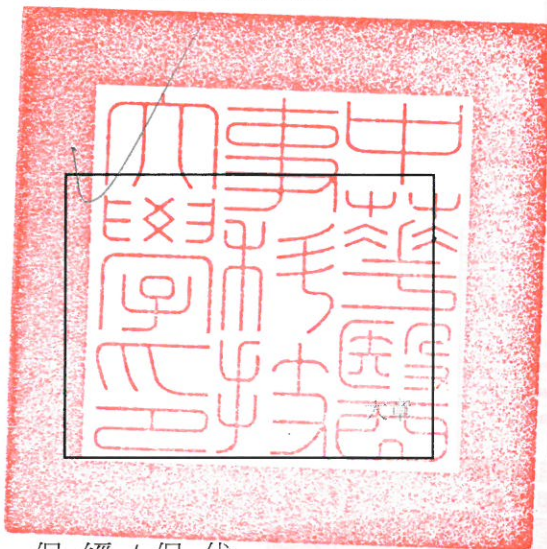
- 依勞動基準法所規定之親屬及順位(但已具名指定家屬者依其指定)
- 法定繼承人，其順序及應得比例適用民法繼承編相關規定(但已具指定家屬者依其指定)
- 被保險員工（成員）之家屬(依其指定之家屬)
- 其他：自行決定

② 失能保險金、醫療保險金為被保險人本人。

已收到「要保書填寫說明」、「保險單條款樣本」及「投保人須知」 是 否

- 健康保險契約之被保險人非因約定之保險事故而致保險契約效力終止時，本公司將依各該契約條款之約定退還未到期保險費給要保人。
- 以上商品經本公司合格簽署人員檢視其內容業已符合一般精算原則及保險法令，惟為確保權益，基於保險公司與消費者衡平對等原則，消費者仍應詳加閱讀保險單條款與相關文件，審慎選擇保險商品。本商品如有虛偽不實或違法情事，應由本公司及負責人依法負責。
- 投保後解約或不繼續繳費可能不利消費者，請慎選符合需求之保險商品。
- 保險契約各項權利義務皆詳列於保單條款，消費者務必詳加閱讀了解。
- 資訊公開說明請查詢本公司全球網際網路網址：www.sk1.com.tw，或逕至全國各分公司電腦查詢、下載。
- 免費服務及申訴電話：0800-031-115

要保單位及負責人簽章：



小章

(辦理加退保之其他團體戳記)

保經 / 保代
簽署章：

中 華 民 國 年 月 日

計 畫 別

		01	02	03	04	05	06
險 種	傷害保險 (元) 33J31	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	意外傷害醫療保險附約 (實支實付型) (元) 43M10	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	傷害住院日額保險 (元) 43M20	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						

計 畫 別

		07	08	09	10	11	12
險 種	傷害保險 (元) 33J31	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬	200 萬
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	意外傷害醫療保險附約 (實支實付型) (元) 43M10	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬	5 萬
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	傷害住院日額保險 (元) 43M20	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元	1000 元
	員工分擔比例 (%)	0%	0%	0%	0%	0%	0%
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						

計 畫 別

		13					
險 種	傷害保險 (元) 33J31	200 萬					
	員工分擔比例 (%)	0%					
	意外傷害醫療保險附約 (實支實付型) (元) 43M10	5 萬					
	員工分擔比例 (%)	0%					
	傷害住院日額保險 (元) 43M20	1000 元					
	員工分擔比例 (%)	0%					
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						
	員工分擔比例 (%)						

計劃說明〔被保險人身分 / 職務〕

計劃別	計劃說明
01	一個月
02	二個月
03	三個月
04	四個月
05	五個月
06	六個月
07	七個月
08	八個月
09	九個月
10	十個月
11	十一個月
12	一年期
13	一日

新光人壽客戶投保權益確認書(團體險專用)

感謝您對新光人壽保險股份有限公司(下稱「新光人壽」)的支持，為維護您的權益，並使新光人壽能瞭解您的保險適合度，以提供符合您實際需求的保險商品，請您配合確認下列各事項：

1	要保單位已確實瞭解所繳交之保險費係用以購買保險商品。此保險費率為要保單位為被保險人福利保障所爭取之特別費率，非要保單位成員不得享有該項福利權益。
2	要保單位與被保險人已確實瞭解所投保險種、保險金額及保險費支出符合自身實際需求，且與要保單位或被保險人收入、財務狀況與職業等間具相當性。
3	要保單位與被保險人投保時，已提供相關之身份證明文件(公司統一編號、營利事業登記證，或其他足資證明之文件)予業務人員檢視。
4	要保單位與被保險人於投保時，確實係由要保單位檢視要保書及相關要保文件之內容後，亦確認被保險人及其所屬成員之投保意願，且受益人之指定確經被保險人同意，並同意投保。 本服務需要蒐集個人資料： <input checked="" type="checkbox"/> 已審閱並同意「蒐集、處理及利用個人資料之告知事項」，願提供所屬成員個人資料
5	要保單位使用網路保險服務時，應遵守保險業網路保險服務相關規定，並履行個人資料保護法，以確保個資安全。要保單位同意授權主被保險人辦理網路保險查詢服務。(限申請辦理網路保險服務之要保單位適用)
6	配合保險法 116 條修正保險催告寄發對象，請要保單位提供個別被保險人之聯絡地址： <input type="checkbox"/> 同意 提供個別被保險人之聯絡地址者，保險公司將依各該被保險人之聯絡地址通知被保險人。 <input checked="" type="checkbox"/> 不同意 提供個別被保險人聯絡地址者，雙方約定以要保單位地址為被保險人之聯絡地址，保險公司將依要保單位之聯絡地址通知被保險人。
7	要保單位同意保險公司，若有產生溢繳保費或經驗退費之情形，將相關費用匯入下列指定之金融機構帳戶內。所提供之匯款帳戶，若發生結清、凍結或不可歸責於保險公司等情形而致損失概由要保單位自行負責。 <input type="checkbox"/> 同意 (請填下列帳戶訊息，並檢附帳戶影本) <input type="checkbox"/> 不同意 <input type="checkbox"/> 帳號無變更，同前期提供之帳戶資料(新投保客戶不適用) 帳戶名稱： 銀行/郵局： 分行(支局)： 金融機構代號： 帳號/郵局局號：

要保單位名稱：_____ (簽章) 負責人：_____ (簽章)

招攬單位：_____ 業務人員簽名：_____

保經 / 保代

簽署章：_____

申請日期：中華民國 _____ 年 _____ 月 _____ 日

蒐集、處理及利用個人資料告知事項(團體險適用)

新光人壽保險股份有限公司(下稱本公司)依據個人資料保護法(下稱個資法)第六條第二項、第八條第一項規定,向台端告知下列事項,請 台端詳閱:

一、進行個人資料蒐集、處理、利用等事項之非公務機關名稱:

- (一) 新光人壽保險股份有限公司,包括本保險公司暨所屬保險業務員、受本保險公司委託招攬本契約之保險經紀人/保險代理人暨其所屬保險業務員、以及受本保險公司委託處理事務之再保險公司、其他受託機構或個人。
- (二) 財團法人金融消費評議中心或其他受理消費爭議處理機構:為保險爭議案件發生時,受理保險爭議案件之處理機構。

二、蒐集之目的:

- (一) 人身保險、保險代理人/保險經紀人及再保險業務之執行。
- (二) 金融服務業依法令規定及金融監理需要、所為之蒐集處理及利用。
- (三) 契約、類似契約或其他法律關係事務。
- (四) 消費者、客戶管理與服務。
- (五) 其他經營合於營業登記項目或組織章程所定之業務。

三、蒐集之個人資料類別:

- (一) 姓名。
- (二) 出生日期。
- (三) 身分證統一編號、居留證號或護照號碼等個人識別證號。
- (四) 職稱(職級)、投保薪資、身份別、投保其他家保險公司之各險種投保保額。
- (五) 地址等聯絡方式。
- (六) 病歷、醫療、健康檢查。
- (七) 財務狀況。
- (八) 聲音、影像檔案。
- (九) 基於保險契約與服務關係,於要保文件與各項業務申請文件等所提供之個人資料。

四、個人資料利用之期間、地區、對象、方式:

- (一) 期間:本保險契約之有效期間及法令規定應為保存之期間。
- (二) 對象:本公司、中華民國人壽保險商業同業公會、財團法人保險事業發展中心、財團法人金融消費評議中心、與本公司有再保業務往來之公司、與本公司合作推廣台端保險契約相關業務之保險經紀人公司、保險代理人公司及銀行、業務委外機構、依法有調查權機關或金融監理機關、與本公司合作提供台端保險契約相關服務之合作廠商。
- (三) 地區:上述對象所在之地區。
- (四) 方式:合於法令規定之利用方式。

五、依據個資法第三條規定,台端就本公司保有 台端之個人資料得行使之權利及方式:

- (一) 得向本公司行使之權利:
 - 1. 向本公司查詢、請求閱覽或請求製給複製本。
 - 2. 向本公司請求補充或更正。
 - 3. 向本公司請求停止蒐集、處理或利用及請求刪除。
- (二) 行使權利之方式:書面、電子郵件、傳真、電子文件。

六、台端不提供個人資料所致權益之影響:

台端若未能提供相關個人資料時,本公司將可能延後或無法進行必要之審核及處理作業,因此可能婉謝承保、遲延或無法承保。